

Análisis y comparativa con la regulación nacional y autonómica de las instrucciones previas

Directivas anticipadas en Francia (II)

La autora se detiene en esta segunda entrega de su trabajo (ver I Parte en *ADS* nº 129/2006) en la regulación francesa de las directivas anticipadas para compararlas después con la regulación española nacional y autonómica sobre la materia. Desgrana los matices entre el **valor 'indicativo'** o **'vinculante'** de esta figura legal para el equipo médico, puesto en relación con la 'autonomía de la voluntad' del paciente y el **'consentimiento'**.

La **revocación**, **renovación** o modificación, **nulidad** y **limitaciones** de las directivas anticipadas, el **contenido** y su **acceso** por personal sanitario son otros aspectos que aborda en consonancia con el grado de vinculación-obligatoriedad -y, por tanto, de **responsabilidad**- para el personal sanitario. Según la autora, la legislación española es más formalista y exigente que la francesa, aunque su rigor varía según las autonomías, y tiene mayor grado de vinculación o cumplimiento para el médico que la francesa. También es más amplia la española al contemplar la donación del cuerpo y órganos después del óbito.

Verónica San Julián
Profesora de Derecho Civil
FACULTAD DE DERECHO
UNIVERSIDAD DE NAVARRA

III) LEY 20051370, DEL 22 DE ABRIL DEL 2005, SOBRE LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS Y EL FINAL DE LA VIDA, Y EL DECRETO 20061119, DEL 6 DE FEBRERO DEL 2006, SOBRE DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Una vez vista la evolución que ha seguido en Francia el papel del consentimiento del paciente en relación al acto médico que se le va a realizar, vamos a centrarnos en la reciente regulación de las directivas anticipadas que enlazan directamente con este tema ya que hacen referencia a un consentimiento previo del paciente que ha de ser aplicado en un momento muy delicado, cuando este paciente ya no puede expresar su voluntad por sí mismo y se encuentra en la fase final de la vida; y no está muy claro hasta qué punto habrán de vincular al médico.

En Francia, el visto bueno a su realización se da con la Ley de abril de 2005, pero es algo que ya llevaba muchos años intentando su acceso a la legalidad. De hecho, la primera vez que la regulación de esta materia fue presentada a la consideración de la Asamblea Nacional francesa fue el 8 de abril de 1978 por parte de Henri Caivavat quien presentó una Proposición de Ley que tenía por objeto consagrar el derecho de todo enfermo a rechazar el encamizamiento terapéutico, el derecho a oponerse a toda proлонgación artificial de la vida en caso de encontrarse en una situación irreversible, sea cual fuera su origen, patológico o accidental. En esa Proposición de Ley se denominó a este acto de rechazo por anti

cipado 'testamento vital': No obstante, la Proposición fue rechazada el 7 de mayo de 1978. En 1988, otra Proposición de Ley fue presentada con la intención de lograr la legalidad del denominado 'testamento vital' o 'testamento biológico'. Pero también en esta ocasión fue rechazado en 1989. Sin embargo, en la actualidad la Proposición que trata de esta materia ha sido aceptada y aprobada³⁰. El que se haya aprobado ahora y no entonces, obedece quizá al hecho de que era necesaria toda una evolución sobre el papel que debe jugar el paciente en el acto médico que le incumbe. Evolución que efectivamente se ha producido, tanto a nivel nacional como internacional, así y como hemos visto en los epígrafes anteriores.

A continuación, centrándonos exclusivamente en el medio relativo a las directivas anticipadas, examinaremos el ambiente y las opiniones que se vertieron sobre este asunto antes de la aprobación de la Ley (A); lo que la Ley dice y el Decreto de 2006 concreta (B); y, por último, resaltaremos los puntos de interés de esta regulación, en paralelo con su homónima española, así como los interrogantes que quedan abiertos (C).

A) AMBIENTE PREVIO A LA APROBACIÓN DE LA LEY

Con la *Ley n° 2005-370 de 22 de abril de 2005, sobre los derechos de los enfermos y el final de la vida*, se da un paso más en la consagración del consentimiento del paciente, en concreto, del paciente que se encuentra en la fase final de su vida. Ya antes

Según la ley francesa, el médico que actúe en contra del consentimiento manifiesto incurre en una conducta que le puede acarrear sanciones penales, civiles y disciplinarias

de ser aprobada esta Ley existía, tanto entre la doctrina como en la jurisprudencia, un ambiente mayoritario favorable a dar prioridad al consentimiento del paciente en todo caso y situación, tal y como hemos visto anteriormente, con las excepciones puestas de relieve.

Ya con la aprobación de la Ley nº 2002-303 de 4 de marzo de 2002 sobre los derechos de los pacientes y la calidad del sistema sanitario, se habían sentado ciertas bases que preparan claramente el camino a esta Ley de 22 de abril de 2005. Esas bases legales son:

• El médico debe ceder ante el derecho del paciente de consentir y dar marcha atrás en su consentimiento. La voluntad del paciente se impone al médico y le obliga a renunciar, aún a pesar de él, a su deber ético de asistir a quien se encuentra en peligro (artículo L. 1111-4 párrafos 1, 2 y 3 del Código de Salud Pública).

• La importancia y carácter personal del consentimiento dado, e incluso búsqueda del asentimiento del incapaz si es apto para expresar su voluntad y de participar en la decisión (artículo L. 1111-4 párrafo 5 del Código de Salud Pública).

• En el caso de una persona que no puede expresar su voluntad, también debe ser buscado un consentimiento distinto del propio médico. Ya sea de la persona de confianza, de la familia o, en su defecto, de alguna persona cercana (artículos L. 1111-4, párrafo 4 y 1111-6 del Código de Salud Pública).

Así pues, se ha de tener en cuenta el consentimiento directo o indirecto del paciente para poder llevar a cabo sobre él cualquier acto médico. Y más todavía, según esta Ley el médico que actúe en contra de ese consentimiento manifiesto incurre en una conducta que le puede acarrear sanciones penales, civiles y disciplinarias³¹.

Entre la doctrina, se habla expresamente de las directivas anticipadas con un claro sentimiento general favorable, si bien a veces se mezcla esta realidad con otros contenidos:

• Por un lado, Moquet-Anger pone de relieve la estrecha relación de las directivas anticipadas con el derecho del paciente a consentir que entiende que "no es sino uno de los derechos nucleares que van unidos a la condición de ser humano"³².

• Por otro lado, parte de la doctrina también se apoya en los datos de la realidad que muestran que en los servicios de urgencias, de reanimación y de cuidados intensivos, más de la mitad de las muertes suelen estar precedidas de una cesación o limitación de los procedimientos artificiales de supervivencia, decididos por el equipo médico³³. En este sentido Gridel decía que: "Los intentos por curar e intentar salvar al paciente se transforman en el denominado encarnizamiento terapéutico cuando el final es ya irreversible y se mantienen de forma totalmente artificial las funciones cardíacas y respiratorias. Es entonces el momento de renunciar a curar y dar paso a los cuidados paliativos y a la administración de productos que atenúen los sufrimientos, aunque aceleren el final"³⁴.

• Al mismo tiempo, también en este momento la doctrina francesa vuelve la mirada a lo que se está haciendo en otros países en esta materia y así Dorsner-Dolivet dice que el concepto de autonomía individual es admitido ampliamente en esta materia en Canadá y que este concepto puede atravesar el Atlántico sin dificultades ya que no es una noción específica del Common Law sino que enlaza perfectamente con la manifestación continental de la cualidad de sujeto de derechos que es el ser humano. En su opinión, el cuerpo no es sólo una arquitectura visible, una realidad anatómica sino también, y sobre todo, el lugar donde habita la persona. De ahí que enlazando con las leyes vigentes en Francia, el enfermo, en su opinión, pueda oponerse a toda investigación o terapéutica incluso de antemano³⁵.

• *Bolot*, por su parte, considera que un enfermo incurable que rechaza el denominado encarnizamiento terapéutico, probablemente está precipitando el momento de su muerte, pero que si estando plenamente informado y conociendo ese riesgo, manifiesta claramente su voluntad, eso constituye un consentimiento de un paciente adulto, consciente e informado que ha de ser respetado en virtud del

principio de autonomía de la persona."³⁶

• Por último, en esos momentos en que unos se manifiestan a favor de legislar sobre el final de la vida³⁷ y otros piensan que no es el momento oportuno de hacerlo³⁸, Morin, a la vista de por dónde se está planteando el debate, eleva su voz para decir que es necesario distinguir entre testamento biológico y eutanasia activa.³⁹

En cuanto al ámbito jurisprudencial, ya hemos visto que, en concreto, en la jurisprudencia administrativa, existían resistencias a dar al consentimiento del paciente un carácter prioritario en todo caso, pero en todas las sentencias en las que se llegaba a esta conclusión se trataba de transfusiones sanguíneas a testigos de Jeovah que, con esa elección, ponían en riesgo su vida. Vida que podría seguir adelante si la transfusión rechazada tuviera lugar. Lo que las directivas anticipadas prevén es algo muy distinto, se trata de personas cuya vida ya está en fase muy avanzada o terminal de una enfermedad grave e incurable, y con el rechazo al tratamiento, solamente se pretende evitar el encarnizamiento terapéutico o, simplemente, una prolongación artificial de esa vida. Se trata de personas moribundas cuya vida, por definición, no puede ser salvada. No creo que las resistencias que hemos visto en las sentencias comentadas, puedan ser alegadas en este caso donde no existe un conflicto entre, por un lado, la vida del paciente y su derecho a consentir a los cuidados y, por otro, la obligación del médico de curar. La cuestión es más bien otra: ¿cómo desea vivir el paciente sus últimos momentos?

B) LO QUE LA LEY DICE Y EL DECRETO DE 2006 CONCRETA

La Ley nº 2005-370 de 22 de abril de 2005 sobre los derechos de los enfermos y el final de la vida, modifica los artículos L. 1110-5, L. 1111-4, L. 1111-9 y L. 6114-2 del Código de Salud Pública, y los artículos L. 311-8 y L. 313-12 del Código de la acción social; y añade los nuevos artículos L. 1111-10, L. 1111-11, L. 1111-12, L. 1111-13 (que forman una nueva división titulada "Sección 2- Expresión de la voluntad de los enfermos que se encuentran en el final de su vida") y el L. 6143-2-2 del Código de Salud Pública. De esta nueva Ley nos vamos a centrar exclusivamente en el

nuevo artículo L. 1111-11 del Código de Salud Pública que dice así: "1. Toda persona mayor de edad puede redactar directivas anticipadas para el caso en que no pueda manifestar su voluntad. Estas directivas anticipadas indican los deseos de la persona sobre el final de su vida que tengan que ver con la limitación o finalización del tratamiento. Son revocables en cualquier momento. 2. El médico deberá tenerlas en cuenta para toda decisión que le concierne relativa a investigación, intervención o tratamiento, siempre y cuando hayan sido redactadas al menos con tres años de antelación al estado de inconsciencia de la persona. 3. Un Decreto del Consejo de Estado definirá las condiciones de validez, confidencialidad y conservación de las directivas anticipadas".

Este artículo L. 1111-11 se limita a señalar lo que estima esencial de las directivas anticipadas, dejando la concreción de los detalles para un desarrollo posterior reglamentario. En cumplimiento de lo dispuesto en este último párrafo 3º, en febrero del año pasado se ha aprobado el Decreto nº 2006119, de 6 de febrero de 2006, sobre las directivas anticipadas, donde se regula de forma detallada esta figura. Regulación que ha de ir ubicada, como el propio decreto señala, en una nueva sección segunda dentro del capítulo primero del título primero del libro primero (disposiciones reglamentarias) del Código de la Salud Pública francés; y que ha supuesto la inclusión de cinco nuevos y amplios artículos de carácter reglamentario (arts. R. 1111-17, R. 1111-18, R. 1111-19, R. 1111-20 y R. 1112-2). De ellos, nos interesan los cuatro primeros que dicen así:

• Art. R. 1111-17: "Se entiende por disposiciones anticipadas, tal y como se mencionan en el artículo L. 1111-11, un documento escrito, fechado y firmado por el autor, convenientemente identificado a través de la indicación de su nombre, apellido, fecha y lugar de nacimiento.

No obstante, cuando el autor de estas disposiciones, a pesar de estar capacitado para expresar su voluntad, se encuentre incapacitado para escribir y firmar él mismo el documento, podrá solicitar a dos testigos, entre los cuales podrá estar la persona de confianza cuando ésta haya sido designada en aplicación del artículo L. 1111-6, que acrediten que el

Las 'directivas anticipadas' se limitan a regular el rechazo al tratamiento con el fin de evitar el encarnizamiento terapéutico o la prolongación de la vida artificial en personas en fase terminal

El autor de las directivas podrá conservarlas o entregarlas en custodia a una persona de confianza, lo que debe constar en el expediente constituido por el médico de cabecera o en la historia clínica

documento que no ha podido redactar por sí mismo, constituye la expresión de su voluntad libre y cabal. Estos testigos deberán indicar su nombre y calidad y su testimonio se adjuntará a las directivas anticipadas.

A petición del paciente y en el momento de incorporar estas disposiciones al expediente de este último, el médico podrá añadir, como anexo, una declaración en la que certifique que el paciente, al que se le ha facilitado toda la información oportuna, se encuentra capacitado para expresar su voluntad libremente':

- Art. R. 1111-18: "En todo momento, las directivas anticipadas podrán ser modificadas, parcial o totalmente, según las condiciones estipuladas en el artículo R. 1111-17, o bien ser revocadas sin formalismo alguno.

Dichas directivas tienen un periodo de validez de tres años, renovable por simple confirmación firmada por su autor en el documento, o en caso de imposibilidad de describir o firmar, establecida según las condiciones estipuladas en el segundo apartado del artículo R. 1111-17. Cualquier modificación realizada en conformidad con estas condiciones equivale a una confirmación e inicia un nuevo periodo de tres años.

Si se han establecido dentro de un plazo de tres años previo al estado de inconsciencia de la persona, o al día en el que se verificó su incapacidad para efectuar la renovación de las mismas, estas disposiciones seguirán siendo válidas, independientemente del momento en el que sean tenidas en cuenta posteriormente!

- Art. R. 1111-19: "Las disposiciones anticipadas deberán conservarse de tal modo que sean fácilmente accesibles para el médico responsable de tomar una decisión de limitación o interrupción del tratamiento en el marco del procedimiento colegial definido en el artículo R. 4127-37.

Con este fin, se conservarán en el expediente de la persona realizado por su médico de cabecera, ya sea el médico encargado de su tratamiento u otro médi-

co de su elección, o en caso de hospitalización, en la historia clínica definida en el artículo R. 1112-2.

No obstante, el autor de las directivas anticipadas podrá conservarlas o entregarlas en custodia a la persona de confianza mencionada en el artículo L. 1111-6 o, en su defecto, a un familiar o allegado. En dicho caso, se mencionará la existencia de las mismas y los datos de la persona que las tiene en su poder, según indicación de su autor, en el expediente constituido por el médico de cabecera o en la historia clínica definida en el artículo R. 1112-2.

Cualquier persona admitida en un centro sanitario o en un centro médico-social puede señalar la existencia de directivas anticipadas; esta anotación así como los datos de la persona a quien se le ha asignado la custodia de las mismas se trasladará a la historia clínica definida en el artículo R. 1111-2".

e Art. R. 1111-20: "Cuando el médico se plantee tomar una decisión de limitación o finalización de tratamiento en aplicación de los artículos L. 1111-4 o L. 1111-13, y salvo en caso de que las directivas anticipadas figuren ya en la historia clínica en su poder, el médico preguntará por la posible existencia de éstas a la persona de confianza, si hay una designada, a la familia o en su defecto, a sus allegados o, si procede, al médico encargado del tratamiento del enfermo o al médico que se lo ha remitido.

El médico se asegurará de que se cumplen las condiciones estipuladas en los artículos R. 1111-17 y R. 1111-18".

C) PUNTOS DE INTERÉS E INTERROGANTES ABIERTOS

En este apartado vamos a centrarnos en cinco puntos que estimamos de interés en esta regulación. Y al hacerlo buscaremos el paralelo entre la regulación francesa y la española (vamos a centrarnos casi exclusivamente en la *Ley estatal 41/2002, de 74 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, de tal manera que a las leyes autonómicas sólo nos referiremos tangencialmente en algunos temas). Al tratar de cada

uno de los puntos, presentaremos también algunas cuestiones que hubiese sido mejor regular de otro modo, así como los interrogantes que, en nuestra opinión, quedan abiertos.

1) Sujetos

En primer lugar la regulación francesa establece quién puede redactar las directivas anticipadas (art. L. 1111-11 Código de la Salud Pública) y se dice que ha de ser una persona mayor, es decir que es preciso tener 18 años o más (art. 488 Código civil francés). En la legislación española, la Ley del Estado (art. 11,1), se añade que esta persona debe ser además capaz y libre. Entiendo que hubiera sido conveniente que el legislador francés incluyera también ambas referencias de forma expresa y en el texto legal.

Con relación a la capacidad, es cierto que se desprende este requisito de propio marco francés que define la figura de las directivas anticipadas (documento que va a entrar en juego cuando uno ya no es capaz de expresarse por sí mismo, luego lo ha hecho cuando sí era capaz). También el art. R. 1111-17, inciso segundo, lo da a entender al decir 'cuando el autor de estas disposiciones, a pesar de estar capacitado para expresar su voluntad', pero esta referencia es de pasada al tratar de otra cuestión, además de que el texto es reglamentario, cuando entiendo que la relevancia de la materia exige que se deje señalado en el texto legal. Por último, la referencia más clara a la necesidad de capacidad aparece en el inciso tercero de este art. R. 1111-17 cuando se dice que el paciente puede pedir al médico que deje constancia en la historia médica de que se encuentra en estado de expresar libremente su voluntad. Si bien esa declaración sólo tiene relevancia cuando las directivas anticipadas han sido redactadas de forma inmediatamente anterior o posterior, sí que es cierto que ponen el acento en la necesidad de consentimiento prestado por quien es capaz y libre. La pega, al igual que en el caso anterior está en que hubiese sido mejor que la referencia se incluyera de forma genérica en el art. L. 1111-11 y no vía reglamentaria y al hilo de otras cuestiones particulares. La falta de claridad con relación a esta cuestión podría plantear problemas cuando se plantee la validez de unas directivas anticipadas redactadas por un mayor de cuya capacidad se dude

(ya sea un incapaz natural no incapacitado o un incapaz incapacitado por sentencia judicial⁴⁰ donde no se diga nada de su capacidad para llevar a cabo este tipo de actos que atañen a derechos subjetivos), si se interpreta el artículo L. 1111-11 siguiendo el sentido literal de sus términos ("toda persona mayor") se deberá admitir su validez, lo cual puede ser contrario a la protección debida a estas personas que tienen su capacidad de obrar reducida.

También estimo que hubiera sido conveniente la inclusión por parte del legislador francés de la referencia al consentimiento libre, tal como hace su homónimo español (de consentimiento prestado libremente, sin coerción, persuasión o manipulación hablan también las leyes de las CCAA). Sólo aparece la referencia a la voluntad libre en el art. R. 1111-17, para referirse a la persona que, siendo capaz, no puede redactar por sí misma las directivas anticipadas y son otros los que lo hacen y dan fe de esa voluntad "libre" (párrafo 2) y de la posibilidad de pedir al médico, como acabamos de ver más arriba, que deje constancia en la historia clínica de que se encuentra en estado de expresar "libremente" su voluntad (párrafo 3). Nuevamente la referencia a este requisito, que es general y predicable para todos los casos y personas, se recoge para un caso concreto y en vía reglamentaria. Entiendo necesario añadir este inciso porque, en esta materia tan delicada, puede darse el caso de que la persona tome la decisión de rechazar un tratamiento o de interrumpirlo, no por sí mismo, sino por presión familiar, económica o de otro tipo, lo cual viciaría de raíz ese consentimiento. Incluir la referencia al consentimiento libre permitiría evitarlo, al menos, controlar esto.

2) Redacción, modificación, revocación

Esta persona mayor puede redactar las directivas anticipadas en cualquier momento: antes de estar enfermo; cuando conoce la enfermedad que padece y que, probablemente o seguramente, reducirá su capacidad de decidir (por ejemplo, *Alzheimer*); cuando la enfermedad ya se está manifestando; en el momento de ser hospitalizado (...). En cualquier caso, la ley señala un límite temporal de eficacia para este documento y lo hace en el mismo art. L. 1111-11 y se reitera en el art. R. 1111-18. En el primero de ellos se

La ley francesa carece de referencia expresa a la capacidad y libertad para constituir las directivas, aunque después se refiere a ello de pasada en el reglamento

La ley española, en cambio, si prevé de forma expresa que el consentimiento se presté libremente, sin coerción, persuasión o manipulación para que sea válido

ha ley francesa establece plazos de eficacia del documento, mientras que la española permite su revocación en cualquier momento y condiciona su validez al supuesto de hecho y circunstancias en que se redacta

dice que el médico tendrá en cuenta las directivas anticipadas que hayan sido redactadas tres años antes del estado de inconsciencia del paciente ante el que se encuentra, insistiéndose en la misma idea en el artículo reglamentario. Es decir, que las directivas anticipadas redactadas con anterioridad a este límite temporal no serán tenidas en cuenta por el médico. De esta manera probablemente se evita que, con el paso del tiempo, el paciente haya cambiado de opinión y no haya modificado sus directivas anticipadas dejando constancia de ese cambio; o que, con el tiempo, sean las circunstancias las que hayan cambiado y ese cambio no estuviera previsto en las directivas. Por este mismo motivo estos artículos permiten también la modificación, ratificación y revocación en cualquier momento. En todo caso, fijando un plazo de eficacia a las directivas anticipadas, el legislador francés trata de que el médico esté lo más cerca posible de la voluntad real del paciente y para ello sigue el modelo anglosajón que también señala límites temporales de eficacia. Por el contrario, en España no se establecen tales plazos sino que se prevé el cambio de opinión permitiendo la revocación en cualquier momento (art. 11,4); y el cambio de circunstancias, señalando que las directivas no serán aplicables cuando éstas no sean acordes al supuesto de hecho previsto por el sujeto cuando las redactó (art. 11,3). El sistema francés tiene el inconveniente de exigir del paciente el estar pendiente del tiempo y de la evolución de sus propios deseos, pero probablemente es un medio más seguro en cuanto a la fiabilidad de la voluntad expresada. No obstante, este sistema sería mejorable en alguna de sus manifestaciones (por ejemplo, el art. R. 1111-18, inciso tercero, puede presentar problemas de interpretación).

En lo relativo a la forma que han de adoptar las directivas anticipadas para ser válidas, en España la Ley estatal sólo dice que han de hacerse siempre por escrito (art. 11,2), y deja a cada Comunidad autónoma el establecimiento de otras formalidades (art. 11,5). Comenzando por Cataluña, que fue la primera Comunidad en regular esta materia, la mayor parte de las CCAA exi-

gen, como ella, que las instrucciones previas, para que tengan validez, sean redactadas ante un notario o ante tres testigos, dos de los cuales no han de tener parentesco en segundo grado o relación patrimonial con el paciente. Las leyes del País Vasco, Castilla-León y Madrid, por su parte, añaden una tercera posibilidad y es que se pueden redactar también ante el funcionario encargado del Registro o funcionario al servicio de la Administración. Es decir, por un lado, la forma de las instrucciones previas no es libre ya que se exige, en todo caso, que se hagan por escrito, siendo éste un requisito necesario e indispensable para su existencia misma. Y, por otro lado, este escrito para ser válido debe ser formalizado ante testigos cualificados (ya sea un notario, tres personas independientes o un funcionario público) que vienen a verificar que la persona que las ha redactado reúne las condiciones requeridas por la ley. Así pues, en España estamos ante un negocio jurídico formal que requiere, además, de formalidades habilitantes.

El texto francés, por su parte, daba a entender en el art. L. 1111-11 que las directivas anticipadas debían hacerse por escrito ("toda persona mayor puede redactar"), pero ha sido el art. R. 1111-17 el que lo ha señalado expresamente en su párrafo primero ("documento escrito"). En contraposición al sistema español, llama la atención la simplicidad de forma que exige el legislador francés en esta materia, bastando con que el documento esté escrito, fechado y firmado por su autor, debidamente identificado con nombre, apellido, lugar y fecha de nacimiento. Estos requisitos (quitando el último relativo al lugar y fecha de nacimiento) recuerdan mucho a los exigidos en el testamento ológrafo y nos hablan igualmente de la sencillez de trámites requeridos cuando la voluntad que se expresa ha de entrar en juego: bien a la muerte del sujeto (testamento ológrafo), bien en el momento en que este se encuentre en una fase terminal, en la que ya no va a poder expresar su voluntad por sí mismo (directivas anticipadas). Es decir que el único requisito formal exigido en Francia es que se hagan por escrito. Sólo en el caso de que la persona, siendo capaz para manifestar su voluntad, por contra, no puede escribir ni firmar por sí mismo el documento, es cuando se pide la presencia de dos testigos (uno de los cuales puede ser la propia persona de confianza), para recoger y dar fe de que en ese

documento se contiene la voluntad libre y clara de la persona. Algunos autores franceses han lamentado el que no se haya establecido como condición de validez a este documento el que se haga siempre contando con la presencia y consejo de un médico, dado que es éste quien se encuentra en la mejor posición para hacerlo.⁴¹

Por último la cuestión más debatida ha sido la relativa la revocación. Existe unanimidad, tanto en la doctrina francesa como en la española, en que las directivas anticipadas o instrucciones previas se han de poder revocar en cualquier momento por parte de quien las redactó. Lo cual es perfectamente comprensible puesto que se trata de preservar y dar prioridad al consentimiento del paciente y, si este ha cambiado de opinión, se debe atender al consentimiento más reciente y próximo a los acontecimientos (se trata de una cuestión que parte de la misma raíz y principios que en el caso de los testamentos). Este tipo de documentos existe para estar a disposición del paciente, dado que en caso contrario, deviene inservible para los fines para los que ha sido creado. Este tipo de documentos son, pues, radicalmente revocables, esencialmente revocables. La cuestión que plantea dificultades es la relativa a la forma en que esa revocación ha de llevarse a cabo para que sea válida. En España en este punto, la Ley del Estado se limita a decir que se puede revocar libremente en cualquier momento, siempre y cuando se deje constancia por escrito de ello (art. 11,4); algunas CCAA dicen que se puede revocar en cualquier momento pero cumpliendo los mismos requisitos de capacidad y forma que se exigen para su redacción (tal es el caso de: País Vasco, Andalucía y Madrid); otras vienen a pedir formalidades concretas para poder hacerlo: así en Cataluña, se prevé que el interesado se dirija al Departamento de Salud de Barcelona donde se encuentra el Registro de este tipo de documentos; mientras que en Valencia se dice que se pueden revocar en cualquier momento por la sola voluntad del sujeto expresada por escrito o por cualquier otro medio "indubitable". El problema es que dando prioridad a la voluntad del paciente sin tener en cuenta otras condiciones y eliminando todo control, se puede acabar por dar prioridad a un consentimiento viciado o que procede de quien no posee realmente capacidad para emitirlo válidamente. Por contra, si se

mantienen controles formales rígidos, puede suceder que la persona cambie de opinión en el último momento y, pudiendo hacerse entender por medios no formales, pero no por escrito o dirigiéndose al departamento requerido por la ley, tema con razón que se le va a aplicar inexorablemente una decisión previa pero que no se corresponde con su voluntad actual.

En Francia, por su parte, se puede decir que el criterio es de mayor flexibilidad. Ya en el art. L. 1111-11 se decía que las directivas anticipadas se pueden revocar en cualquier momento. Y el art. R. 1111-18 viene a concretar y desarrollar este punto. Por un lado, se permite la modificación, total o parcial, de lo dispuesto en las directivas anticipadas, en cualquier momento y siguiendo los mismos requisitos y formalidades que para su redacción. Además, si no se quieren modificar ni revocar pero se quiere que la validez de esas directivas perdure por otros 3 años, este mismo artículo señala que se pueden renovar por confirmación, siguiendo también los mismos requisitos de la redacción. No obstante a la hora de regular la revocación no se siguen estos mismos parámetros sino que se dice que la revocación no necesita de formalidad alguna. Sin duda se quiere favorecer al paciente, pero entiendo que ello se hubiera conseguido con mayores garantías exigiendo los mismos requisitos que a la redacción y modificación de las directivas, que son requisitos, como hemos visto, bastante sencillos. De esta manera, sin embargo, entiendo que van a plantearse problemas de apreciación de la voluntad real del paciente puesto que se da por buena cualquier voluntad, sea como fuera que se manifieste y ante quien se manifieste, en cualquier momento y por cualquier medio. Un guiño, una señal con la mano o la cabeza, etc. hecha ante un familiar o ante cualquier persona serían suficientes si nos atenemos al tenor literal del artículo, para revocar unas directivas anticipadas. ¿Pueden los médicos guiar y vincular su actuación y responsabilidad por el testimonio de quienes afirmen que el paciente ha hecho tal señal? ¿Cómo comprobar que ese testimonio es real y no obedece a razones ocultas? ¿Con esto se garantiza que la voluntad real del paciente va a verse cumplida?

Así pues, entiendo que si nos fijamos en los requi-

El criterio de revocación de las directivas en Francia es de mayor

flexibilidad, ya que no necesita de formalidad alguna

En España, la ley es más amplia porque no se limita al tratamiento sino que además contempla el destino del cuerpo u órganos

sitos de redacción, modificación y revocación establecidos en las legislaciones de ambos países, parece ser que el legislador español ha optado por un sistema más formal tendente a proteger la voluntad consciente del paciente capaz, manifestada en un acto jurídico válido. Es decir ha optado por la seguridad jurídica, en una materia que, por versar sobre la vida misma, se entiende de la máxima relevancia. Mientras que el sistema francés parece optar por proteger la voluntad real actual del paciente, entendiendo que la forma no ha de ser una traba en una materia en la que, precisamente por versar sobre la vida misma, se ha de atender a la voluntad más inmediata de quien se encuentra en esa situación terminal. Es decir, en apariencia parece que se ha optado por la autonomía de la voluntad por encima de todo, lo cual estaría muy en consonancia con la evolución que hemos visto en puntos anteriores, pero en el punto 5 veremos que tal apariencia no es real porque esa voluntad no va a ser vinculante para el médico sino simplemente "indicativa": Mientras que en España sí que parece darse un mayor peso a la voluntad, de ahí su mayor protección. No obstante y con todo, entiendo que, dada la materia y el ámbito de aplicación en el que nos encontramos, la opción seguida por Francia, en cuanto a la forma, es bastante razonable si bien para el caso de la revocación deberían de exigirse también los requisitos necesarios de la redacción; mientras que en España se peca de un excesivo formalismo, necesario en cuestiones patrimoniales, pero quizá poco apropiado, por falta de flexibilidad y adaptación, para las peculiares necesidades de esta materia.

3) Contenido

En lo relativo al contenido de este documento, también se aprecian diferencias entre el sistema español y el francés. Esta cuestión es tratada en Francia en el art. L 1111-11 donde se dice que en las directivas anticipadas se contienen los deseos del paciente relativos a las condiciones de limitación o cese del tratamiento. Redacción sucinta y concisa en comparación con lo que el legislador español regula para este punto. En España la legislación del Estado prevé que en las instrucciones previas se hable sobre los cuidados y tratamientos médicos que se desean o no; pero también, se puede prever el destino del

propio cuerpo u órganos, una vez llegado el fallecimiento; e incluso se puede aprovechar este documento para designar en él un representante (lo que en Francia se conoce como "persona de confianza") para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario de modo que sea quien procure el cumplimiento de lo contenido en las instrucciones previas. Las leyes autonómicas, por su parte, dan a este documento un contenido más o menos similar a lo establecido en el art. 11,1 de la ley estatal, excepto lo relativo al destino del propio cuerpo y órganos cuya referencia sólo aparece en las leyes de Navarra, Valencia, Andalucía, Galicia y Madrid. Entiendo que esta referencia, en un país como España con una alta tasa de donación de órganos, si bien se puede hacer por otras vías, puede tener interés el que aparezca recogido en este documento, aunque puede presentar problemas en casos de revocación. En lo relativo al nombramiento del representante en este documento, esto se explica por la novedad de esta figura en nuestro Derecho. Hubiese sido más conveniente hacer como el legislador francés y reguilarlo en otro párrafo o artículo, porque su designación no ha de hacerse necesariamente, ni exclusivamente, por este medio. Por contra, entiendo que la extensión con que se refiere el primer inciso del art. 11,1 español a los cuidados y tratamientos médicos que se desean o no recibir por parte del paciente, favorece la expresión y extensión de sus deseos, favorece su autonomía.

Muestra también de la mayor extensión de contenido de nuestras instrucciones previas frente a las directivas anticipadas francesas, es el hecho de que el legislador español, estatal y autonómico, trata con detenimiento los límites que han de ser respetados por las instrucciones previas, mientras que la legislación francesa los pasa por alto. Siempre que se habla de la autonomía de la voluntad y de su despliegue, se hace necesario tener presente también los límites de esa autonomía que en ningún caso puede ser absoluta. En nuestro sistema esos límites quedan fijados en el art. 11,3 de la Ley estatal, donde se dice que no serán de aplicación las instrucciones previas que fueran contrarias al ordenamiento jurídico, a la *lex artis*, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. De darse alguno estos casos se

dejará constancia razonada de ello en la historia clínica del paciente, dado que son causa de inaplicación de la voluntad manifiesta del paciente. Como digo, este inciso no aparece en la legislación francesa donde los límites se desprenden del propio estrecho contenido de las directivas anticipadas: limitación o cese del tratamiento.

4) Acceso al contenido

Otra cuestión de interés es la que plantea todo lo relativo al acceso al contenido de las instrucciones previas/directivas anticipadas por parte del personal sanitario, es decir, quién y cómo ha de ponerlas en su conocimiento. En este punto se ha apreciado una evolución en las diferentes leyes españolas redactadas en fechas distintas, aunque no muy distantes. Las primeras leyes sobre esta materia señalaban que el era el propio interesado, su familia o su representante legal quienes debían llevar el documento de instrucciones previas para su inclusión en la historia clínica del paciente. Poco después, ya se ha pasado a poner el acento en el Registro de instrucciones previas que, poco a poco, se ha ido creando en las distintas CCAA, con carácter administrativo y dependiente de las Consejerías de Salud. Corresponde al particular inscribir en estos registros sus instrucciones previas, si bien ello no es obligatorio. La existencia de estos registros en las distintas CCAA se rige por los principios de confidencialidad e interconexión y están subordinados al Registro nacional recientemente creado (ver texto íntegro en este número de *ADS*). Al existir estos registros, se hace necesario que los centros sanitarios, cuando se encuentran ante un paciente que no está en condiciones de expresar su voluntad, se informen de la existencia de instrucciones previas registradas y consulten su contenido. No obstante, la existencia de estos registros no elimina el deber de informar de su existencia que tiene el paciente con relación al centro sanitario, tanto si las ha inscrito como si no lo ha hecho (en este segundo caso, con mayor motivo). Además, con las nuevas tecnologías se está pensando en articular mecanismos que puedan facilitar el acceso rápido de los médicos por medio de internet a los registros de instrucciones previas, e incluso se trabaja en la posibilidad de introducir esta información en los chips de las tarjetas sanitarias de los pacientes, de modo que el médico

podiera saber si el paciente tiene instrucciones previas inscritas, con la simple consulta de su tarjeta. En el fondo se trata de encontrar un medio que haga posible que la voluntad manifestada de forma anticipada por el paciente llegue a conocimiento de quien ha de tenerla en cuenta, pero también, que ese medio preserve la confidencialidad de lo contenido en esas instrucciones previas hasta el momento en que deba ser conocido, y cuando ese momento llegue, que sea conocido sólo por quien debe y por nadie más.

Por su parte, el legislador francés, trata de esta cuestión en el art. R. 1111-19 donde se dice que las directivas anticipadas se han de conservar de manera que sean fácilmente accesibles para el médico responsable del paciente concreto. El legislador francés ha pensado en varias formas posibles de facilitar ese acceso. Por un lado, señala que las directivas pueden encontrarse guardadas en el expediente médico del paciente en cuestión, ya sea en el que tiene abierto su médico de cabecera, el médico encargado de su tratamiento u otro médico de su elección, o, en caso de hospitalización, en su historia clínica. También es posible, en segundo lugar, que el autor de las directivas anticipadas las conserve por sí mismo hasta el momento en que estime oportuno o se las entregue en custodia a su persona de confianza, un familiar o allegado, en cuyo caso, se debe informar al médico (de cabecera, especialista que le lleva o elegido y, por supuesto, en el momento de ser hospitalizado) de la existencia de las mismas y dar los datos de la persona que las tiene en su poder. La multiplicidad de copias de unas directivas anticipadas en distintas manos, puede ser problemática, sobre todo si existen modificaciones, ratificaciones o revocaciones posteriores y sucesivas (¿se han de repartir a las mismas personas a quienes se dio la primera versión? ¿debe el médico que tiene en su poder una versión, recabar la existencia de otras posteriores?...). Además este sistema cuenta con que este paciente no se mueva mucho de su lugar habitual de residencia porque, en el caso contrario, difícilmente el médico que le atiende, tendrá conocimiento o acceso a las mismas. El sistema actualmente previsto, además, tampoco garantiza suficientemente su acceso ni su confidencialidad⁴². Entiendo que, en este caso, un sistema de registro público de directivas anticipadas, como el que existe

La existencia de registros de instrucciones previas en España no elimina el deber del paciente de informar sobre la existencia del documento

Francia conceptúa las directivas anticipadas como un indicio de consentimiento, por los médicos sólo deben consultarlas o tenerlas en cuenta antes de tomar una decisión. No tienen fuerza imperativa o vinculante

En España, la vinculación de las instrucciones previas es objeto de debate, pero del contenido de la ley se desprende que debe respetarse la voluntad manifestada por esta vía

en España, que busque la centralización e intercomunicación de informaciones facilitaría mucho la labor del médico labor que en el artículo R. 1111-20 se califica de "indagación" de la existencia de directivas anticipadas-, e iría también en beneficio del respeto de la voluntad del paciente en todo caso y circunstancia. Este sistema, además, no resulta extraño en Francia, donde tras la aprobación de la Ley de 2005 y antes de la aprobación del desarrollo reglamentario, los autores hablaban de la conveniencia de registrarlas en un "fichero de últimas voluntades"⁴³.

5) Vinculación

Por último haremos referencia a si las directivas anticipadas/instrucciones previas redactadas por el paciente vinculan al médico o no. Para empezar hay que señalar que el legislador francés indica (art. L. 1111-11) que las directivas anticipadas se aplican sólo si el paciente se encuentra en un estado que le impide expresar su voluntad por sí misma y de cuyo acto médico se trata, se encuentre en el final de su vida, ya que si está inconsciente o en situación que le impide expresar el consentimiento por sí misma y no se encuentra en el final de su vida, no se aplicarán las directivas anticipadas.⁴⁴ Pues bien, cuando se dan las circunstancias previstas en este artículo en cuanto marco de aplicación, así como los requisitos ya señalados (de tiempo, forma...), el médico habrá de "tener en cuenta" (art. L. 1111-11, párrafo 2) lo dispuesto por el paciente al respecto. Llama la atención que en otros artículos se diga que el médico ha de "respetar" la voluntad del paciente (arts. L. 1111-4 para el paciente consciente que toma cualquier decisión médica; y art. L. 1111-10 para el paciente que se encuentra en el final de la vida y toma la decisión de forma coetánea a la puesta en práctica de la misma, tras haber sido informado), mientras que cuando la decisión se ha tomado y expresado de forma anticipada, la ley dice que habrá de ser tenida en cuenta. Sin duda se podría haber empleado el mismo verbo que en los dos artículos precedentes, de modo que si se hace así es que se quiere dar a entender que no existe una vinculación del médico al consentimiento expre-

sado de este modo por el paciente sino más bien que éste tiene un valor indicativo, a título informativo para el médico que de este modo puede "presumir" cuál es la voluntad del paciente. Así pues, los médicos sólo deben "consultar", "tener en cuenta" las directivas anticipadas antes de tomar una decisión, para ellos, éstas no tienen ninguna fuerza imperativa u obligatoria⁴⁵. Según *Leroyer y Rochfeld*, el único realmente vinculado por ese consentimiento es la persona de confianza pero no el médico⁴⁶. En este punto el legislador francés se ha mostrado muy cauto, e paso lógico en el camino seguido por el legislador francés hasta ahora, habría sido otorgar fuerza obligatoria a las directivas anticipadas y establecer el deber de respeto para el médico, pero el hecho de que el consentimiento no sea coetáneo al acto médico hace que el legislador adopte una posición conservadora, de cautela. De ahí también que al entenderse que no es un verdadero consentimiento, sino un indicio de consentimiento, sea por lo que en su forma de expresión no se exijan las solemnidades que requiere el legislador español.

En nuestro país, la vinculación real del médico a lo dispuesto en las instrucciones previas también es objeto de debate, pero del contenido de la Ley estatal y también de las autonómicas se desprende la intención de que se respete esa voluntad manifestada por esta vía. En este sentido en el art. 11 de la ley estatal destacan las siguientes expresiones reveladoras: "(...) una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla (...)", "(...) puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas (...)", "(...) regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas (...)", "Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes (...). En todo caso, de momento nadie se atreve a hacer abiertamente esa interpretación y lo que es cierto es que, para que las instrucciones previas sean aplicables, su contenido ha de ser claro y conciso porque muchas veces por esa amplitud de contenido al que antes hacíamos referencia, contienen más bien ideas o principios

generales que resultan muy difíciles de concretar, interpretar y aplicar.

D) CONCLUSIONES

Sin duda la evolución seguida en Francia en esta materia está en armonía con las indicaciones que a nivel internacional se venían dando en las últimas décadas y con las regulaciones de otros países que ya cuentan desde hace unos años con un documento de este tipo. No obstante, el legislador francés, se ha mostrado cauto y a la hora de valorar el consentimiento del paciente expresado por anticipado a través de esta figura, y no le ha otorgado ni el mismo valor, ni el mismo poder vinculante para el médico que al consentimiento expresado por quien es capaz, tras haber sido informado. ¿Qué es lo que nos

depara el futuro en relación a esta materia? Entiendo que la práctica cotidiana, con sus conflictos y problemática concreta, será la que nos vaya indicando si esta figura jurídica da juego y sirve de instrumento útil para las necesidades de los pacientes o se queda en papel mojado de difícil o conflictiva aplicación práctica. Pero por detrás o por debajo de la cuestión práctica, me parece que urge un estudio serio sobre la naturaleza de esta figura que determine el valor que tiene la voluntad del paciente ahí contenida. Hasta que esta cuestión no se clarifique, no será posible determinar tampoco otras cuestiones estrechamente vinculadas a ello, como la forma adecuada de redacción y revocación, o el grado de vinculación y obligatoriedad y, portanto, de responsabilidad para el personal sanitario.

NOTAS

³⁰ Es de reseñar que en un breve periodo de tiempo, el Parlamento francés recibió junto a esta Proposición otras que versaban de temas similares, con diferentes enfoques, algunas de las cuales todavía están siendo tramitadas. Ante la Asamblea Nacional se recibieron las siguientes proposiciones: Proposición de Ley nº 788, de 10 de abril de 2001, sobre el derecho a poner fin a la propia vida libremente (de J.P. Dupré); Proposición de Ley nº 1395 de 4 de febrero de 2004, sobre la ayuda a la entrega voluntaria de la vida en sus momentos finales (de H. Martínez); Proposición de Ley nº 1446 de 24 de febrero de 2004, que instituye el derecho a morir dignamente y que garantiza a los médicos el derecho a la libertad de conciencia (de Y. Cochet); y Proposición de Ley nº 1766 de 21 de julio de 2004, sobre los derechos de los enfermos y el final de la vida (de J. Léonetti) que es la que ha sido aprobada y de la que tratamos. Y ante el Senado se presentaron las siguientes proposiciones: Proposición de Ley nº 89 de 1 de diciembre de 2004, sobre la autonomía de la persona, el testamento vital, la asistencia medicalizada al suicidio y la eutanasia voluntaria (de F. Autain); y Proposición de Ley nº 26 de 14 de octubre de 2004, sobre el derecho a beneficiarse de una eutanasia (de M. Dreyfus-Schmidt).

Sin duda de todas las proposiciones presentadas, la más moderada en sus planteamientos es la que ha sido aprobada, de ahí que la crítica más generalizada a esta Ley es que no añade nada nuevo. Véase, entre otros: LEROYER, A.M. y ROCHFELD, J., "Loi nº 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie", *Revue Trimestrielle de Droit Civil*, 2005, nº 2, p. 646; MALAURIE, Ph., *Commentaire de la Loi nº 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie*; *Defrénois*, 2005, nº 18, p. 1385; VALLA, F., "Droits des malades en fin de vie", *Recueil Dalloz*, 2006, nº 27, p. 1797.

³¹ AUNE, AC., "Peut-on légaliser l'euthanasie?", *Gazette du Palais*, 21 décembre 2004, nº 356, p. 11.

³² MOQUET-ANGER, "Le droit des personnes hospitalisées...", cit., p. 663.

³³ Esto fue subrayado en el Congreso organizado en 2001 por la Asociación nacional de derechos de los pacientes. Aportaciones recogidas y comentadas por GRDEL, L. Le refus de soins au risque..., cit., p. 999; DORSNER-DOLIVET, "Le consentement au traitement médical...", cit., p. 535; y LECA, A., "Les droits des personnes soignées en fin de vie", *Revue de la Recherche Juridique*, 2003-3, Vol. I, p. 831.

³⁴ GRIDEL, L. Le refus de soins au risque..., cit., pp. 1002-1003.

³⁵ DORSNER-DOLIVET, "Le consentement au traitement médical...", cit., pp. 534-535.

³⁶ BOLOJ, F., La prise en charge de la douleur, des souffrances en fin de vie et le droit", *Gazette du Palais*, 20 mars 2003, nº 79, p. 758.

³⁷ LONGUET, B., "Doit-on légiférer sur la fin de vie?", *Gazette du Palais*, 30 octobre 2004, nº 304, pp. 2-5.

³⁸ MELIN, F., "Les directives anticipées: vers l'admission du testament biologique en droit français?", *Répertoire du Notariat Defrénois*, 2004, nº 22, pp. 1525 y ss.

³⁹ MORIN, P., "Fin de vie et Code civil. faut-il combler le vide législatif?", *Revue Générale de Droit Médical*, 2004, nº 14, pp. 391-409.

⁴⁰ De hecho entre la doctrina francesa ya se ha planteado la cuestión. Así Dreifuss-Netter señala que el texto legal parece indicar que las directivas anticipadas pueden ser redactadas por personas jurídicamente incapaces como los mayores sometidos a tutela. DREIFUSS-NETTER, F., "Bioéthique et droits des usagers du système de santé. Les directives anticipées: de l'autonomie de la volonté à l'autonomie de la personne", *Gazette du Palais*, 2006, nº 160-161, p. 25.

⁴¹ CIMAR, L., "La situation juridique du patient inconscient en fin de vie", *Revue de Droit Sanitaire et social*, 2006, nº 2, p. 8; y DOUBLET, Y.M., "La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie", *Petites Affiches*, 2005, nº 124, p. 8.

⁴² Crítica que también ha puesto de relieve la propia doctrina francesa: CIMAR, "La situation juridique du patient...", cit., p. 8.

⁴³ Entre otros véase, LEROYER y ROCHFELD, "Loi nº 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux...", cit., p. 650.

⁴⁴ La propia Exposición de Motivos de esta ley señala que estamos en presencia de un derecho específico para personas que se encuentran en el final de su vida (persona en fase avanzada o terminal de una enfermedad grave e incurable, sea cual sea su origen) definidos los arts. L. 1110-5 y L. 1110-10 introducidos por esta ley). Derecho que se ha regulado, exclusivamente para este colectivo, junto con otros derechos buscando alcanzar tres objetivos: que se permita rechazar un tratamiento a un enfermo consciente, que se reafirme el papel de la persona de confianza, y que se tengan en cuenta las disposiciones contenidas en las directivas anticipadas del enfermo. Por último, esta Exposición de Motivos añade que, con estas tres vías: rechazo personal de tratamientos, directivas anticipadas y persona de confianza, se quiere permitir a toda persona que pueda asumir de la mejor manera posible el final de su vida, preparándose así para su muerte.

⁴⁵ CIMAR, "La situation juridique du patient...", cit., p. 4. Aussi: MALAURIE, "Commentaire de la Loi nº 2005-370 du 22 avril 2005 relative...", cit., p. 1385; VALLA, F., "Droits des malades en fin de vie", *Recueil Dalloz*, 2006, nº 27, p. 1798; y DREIFUSS-NETTER, F., "Bioéthique et droits des usagers du système de santé...", cit., p. 25. De sa part Alt-Maes fait une curieuse distinction parmi le testament vital qu'il dit que vincule le médecin, et es directives anticipées qui n'ont pas ce caractère. ALT-MAES, F., "Le respect de la dignité au centre des pratiques et de la loi sur la fin de vie", *Gazette du Palais*, 2006, nº 146-150, p. 4. No obstante, también se alzan voces en contra que entienden que de la ley y su espíritu se desprende que el practicante doit suivre la volonté exprimée de ce façon pour le patient. COELHO, J., "Droits des malades et fin de vie: une passerelle législative vers l'euthanasie indirecte à la morphine", *Gazette du Palais*, 2006, nº 81-82, p. 19.

⁴⁶ LEROYER y ROCHFELD, "Loi nº 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux...", cit., p. 650.